



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL</b>
--------------------------------------	----------------------------------------------------

Establecimiento	CESFAM C. CARO
Nombre Completo	CARLA DAMARIS SEGOVIA FERNÁNDEZ
RUT	
Programa	CONTINUIDAD DENTAL
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	9 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-08-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$51.885 - n°171</b>
-------------------	-------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>18-07-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>17-08-2024</b>
--------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
------------------------------------------------

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)		
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)		
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)		
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)		
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)		
7	Consejería breve en tabaco		
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)		

**DECLARAMOS**, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> CARLA SEGOVIA FERNANDEZ <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Leticia Costilla</i> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

